



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Medicina

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES
PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE
SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020

Proyecto de investigación
previo a la obtención del
título de Médico.

Autores:

Grace Pierina Flores Valencia

CI: 080270086-4

Correo: gracep.flores@hotmail.com

Francisco Javier Fuertes Escorza

CI: 1716130123

Correo: pachomn41@gmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

CI:0101557890

Cuenca, Ecuador

17-mayo-2021

RESUMEN

Antecedentes: La detección temprana de lesiones premalignas o malignas del cuello uterino mediante el Papanicolau ha logrado disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino, esta detección precoz permite realizar un tratamiento a tiempo de estas lesiones precancerosas y de los carcinomas epidermoides in situ.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a lesiones malignas-premalignas de cuello uterino en pacientes atendidas en el período 2018-2019.

Metodología: Se realizó un estudio analítico retrospectivo, de corte transversal, con los resultados de PAP test recogidos en las historias clínicas de 242 pacientes atendidas de 2018 a 2019 en el centro de Salud UNCOVIA. Los datos se recolectaron en un cuestionario realizado para esta investigación y fueron analizados en el paquete estadístico SPSS v 21. Se emplearon tablas simples, y de doble entrada, y estadígrafos (OR y X^2) para medir la relación entre la prevalencia de lesiones cervicouterinas y los factores de riesgo.

Resultados: La media de edad fue de 32,76 años predominando las mujeres de 19 a 38 años (76,8%), de la etnia mestiza (97,1%), con segundo nivel de instrucción (66,1%) y prevaleció la unión libre (50,4%). La prevalencia de lesiones premalignas-malignas fue del **5%**, predominando ASCUS. Realizarse el test citológico luego de más de 3 años y haber comenzado la vida sexual antes de los 18 años resultaron ser factores de riesgo estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de lesiones de cuello uterino fue baja, siendo los factores de riesgo más influyentes en su aparición la demora en realizar la prueba citológica (más de 3 años) y el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años.

Palabras clave: Lesiones premalignas. Lesiones malignas. Cáncer de cérvix. Factores de riesgo.

ABSTRACT

Background: The early detection of premalignant or malignant lesions of the cervix through the Pap smear has reduced the incidence and mortality due to cervical cancer. This early detection allows a timely treatment of these precancerous lesions and epidermoid carcinomas in situ.

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with malignant-premalignant cervical lesions in patients treated in the period 2018-2019.

Methodology: A retrospective, cross-sectional, analytical study was conducted with the results of the PAP test collected in the clinical histories of 242 patients attended from 2018 to 2019 at the UNCOVIA Health Center. The data were collected in a questionnaire conducted for this research and analyzed in the statistical package SPSS v 21. Simple, double-entry tables and statisticians (OR and X²) were used to measure the relationship between the prevalence of cervical-uterine lesions and risk factors.

Results: The average of age was 32,76 years, generally between 19 and 38 years old (76.8%), of the mestizo ethnicity (97.1%), with second level of education mainly (66.1%) and free union prevailed (50.4%). The prevalence of premalignant-malignant lesions was 5%, with ASCUS predominant. A cytology test every 4 or more years and having begun sexual life before the age of 18 were statistically significant risk factors ($p < 0.05$).

Conclusions: The prevalence of cervical lesions was low, the most influential risk factors being the delay in performing the cytology test (more than 3 years) and the onset of sexual intercourse before the age of 18.

Keywords: Premalignant lesions. Malignant lesions. Cervical cancer. Risk factors.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
Conceptualización y clasificación.	17
Etiología.....	18
Epidemiología y mortalidad.....	19
Estado del arte	20
Factores de riesgo	22
Conducta Sexual	23
Infecciones del cuello uterino	24
Inmunosupresión	24
Multiparidad.....	25
CAPITULO III	30
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	30
3.3. HIPÓTESIS	30
CAPITULO IV	31
4. DISEÑO METODOLOGICO	31
4.1 TIPO DE ESTUDIO	31
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	31
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	31
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
4.5 VARIABLES	32



4.6 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS	32
4.7 TABULACION Y ANALISIS	32
4.8 ASPECTOS ETICOS	33
CAPÍTULO V	34
5. RESULTADOS.	34
CAPITULO VI	44
6. DISCUSIÓN.....	44
CAPITULO VII	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
CAPÍTULO VIII	60
8. ANEXOS	60
ANEXO NO. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	60
ANEXO N°2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
ANEXO N° 3 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN.....	63



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Grace Pierina Flores Valencia en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de mayo del 2021

Grace Pierina Flores Valencia

C.I.: 0802700864



Cláusula de Propiedad Intelectual

Grace Pierina Flores Valencia, autora del proyecto de investigación "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de mayo del 2021

Grace Pierina Flores Valencia

C.I: 0802700864



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Francisco Javier Fuertes Escorza en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de mayo 2021

Francisco Javier Fuertes Escorza

C.I.: 1716130123



Cláusula de Propiedad Intelectual

Francisco Javier Fuertes Escorza, autor del proyecto de investigación "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 17 mayo de 2021

Francisco Javier Fuertes Escorza

C.I: 1716130123



AGRADECIMIENTO

“Encontrarás el verdadero éxito y la felicidad si solo tienes un objetivo. Realmente solo hay uno y eso es: cumplir la expresión más alta y verdadera de ti mismo como ser humano. Quieres maximizar tu humanidad usando tu energía para elevarte a ti mismo, a tu familia y a las personas que te rodean.”

A cada paciente, A esos docentes que fueron maestros y a la sociedad, gracias por enseñarme que el objetivo de la medicina no es tratar la enfermedad, sino tratar a la persona.

A mi padre, mis tías y mi querida abuela por su apoyo incondicional.

Grace Pierina Flores Valencia



AGRADECIMIENTO

“Si planeas una meta de forma correcta, ya avanzaste medio camino. “

Agradezco a todos mis docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a cada uno de mis pacientes quienes me permitieron obtener la experiencia necesaria para desenvolverse en esta profesión.

Agradezco al personal del subcentro de salud Uncovia y los habitantes de esta comunidad por su valioso aporte para esta investigación.

A mis padres, a mis hermanos y a mi esposa por creer en mí y por estar siempre a mi lado.

Francisco Javier Fuertes Escorza



DEDICATORIA

A mi amado padre, Piar, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo y a mi querida Madre, que, aunque no estés físicamente vives eternamente en mi corazón.

Grace Pierina Flores Valencia



DEDICATORIA

A mis padres Omar y Lucia, por ser los principales promotores de este sueño, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mis hermanos Omar y Lucia quienes me han brindado su apoyo y cariño a lo largo de toda su vida.

A mi esposa Doris, por permanecer a mi lado de manera incondicional, por ser mi amiga y mi apoyo en todos los momentos difíciles de mi preparación.

A mi abuelo el Dr. Nelson Escorza quien desde mi infancia me inculco el amor por esta profesión, me enseñó a siempre buscar el bienestar de cada uno de mis pacientes y quien ha sido mi inspiración en cada paso que he dado en este largo camino.

A mi abuelo Servio que a pesar de no estar presente sé que estaría muy orgulloso de este logro en mi vida A mis abuelitas Hilda y Marina por todo su amor, por sus cuidados y su confianza.

A mis tíos y tías quienes me han apoyado y cuidado como su hijo.

Francisco Javier Fuertes Escorza

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las lesiones malignas o cancerosas son aquellas que rompen la membrana basal e invaden el estroma o tienen permeación vascular y linfática (1). Se entiende por lesiones premalignas a tejidos morfológicamente atípicos que aparecen anormales cuando se observan bajo el microscopio y que tienen más probabilidades de progresar al cáncer que el tejido normal. Son un paso inmediato e imprescindible para el origen del cáncer de cérvix. Éstas tienen algunas denominaciones como: displasias, neoplasias intraepitelial y carcinoma in-situ (2).

En el año 1967 el Dr. Richard introdujo un término para las anomalías a este nivel: neoplasia cervical intraepitelial o CIN (siglas en inglés). Estas hacen referencia al espectro de epitelios escamosos anormales que muestran alteraciones en la estructuración y maduración situadas en la superficie o relleno de glándulas (3).

Las CIN tienen varios grados y en su versión más alarmante se puede encontrar el cáncer cervical como la etapa final de una secuencia de lesiones. La causa principal, casi al 100% está asociada a infecciones persistentes por el virus de papiloma humano (VPH) (4).

La prevalencia de dichas lesiones puede variar en dependencia de la población en cuestión, también del tipo de valoración (citológica o histológica). Por ejemplo, en España se estiman alrededor de 7,6 millones de citologías anuales, de las cuales un 3,5 presentan algún tipo de anormalidad. Sin embargo, en el mismo país, en la ciudad de Barcelona, un estudio reciente halló hasta un 18,7%; y en el continente asiático, estudios recientes han hallado cifras tan altas como el 22,3% de todas las mujeres que formaron la muestra (4).

Los factores de riesgo asociados a este padecimiento van desde el tabaquismo, edad temprana del primer coito, falta de tamizaje, inmunosupresión, entre otros.

La siguiente investigación pretende evaluar la relación existente entre la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas-malignas del cuello uterino en mujeres atendidas en el centro de salud UNCOVIA en el período que corresponde al 1ero de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia del tipo de lesiones antes definida es un importante problema de salud, por su grado de intensidad, se clasifican en varios niveles. En el caso de las lesiones de HSIL (High grade Squamous Intraepithelial Lesion), cuando no son tratadas, poseen un riesgo notorio de progresión hacia un cáncer infiltrante (5).

El carcinoma de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. Se calcula que cada año se detectan 371.000 nuevos casos de cáncer del cuello del útero, lo que representa alrededor de 190.000 muertes al año, siendo la principal causa de fallecimientos en mujeres. Solamente en la Unión Europea, por ejemplo, se contabilizan 52 mil casos cada año (5).

Es importante aclarar que la diferencia entre regiones es notoria. Se estima que cerca del 80% de los casos ocurre en países en vías de desarrollo o también denominado, tercer mundo. En éstos, equivale a un 13% del total de todos los casos de cáncer. La diferencia está marcada por la inserción de programas nacionales de detección que han logrado resultados importantes en países del primer mundo (6).

En Estados Unidos se diagnosticaron un total de 12,710 casos de cáncer de cérvix de los cuales 4290 fueron fatales. Pero en el continente americano, por toda su geografía, este tipo es la principal causa de muerte en mujeres. Esto ocurre en al menos 11 países de la región y en otros 12, es la segunda causa de muerte. Las cifras arrojan un total de 83200 casos anuales y casi 36 de esos, fatales. En la región andina, en Colombia, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino se estima como la primera causa de muerte en mujeres entre los 30 y 59 años (7).

En el Ecuador, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en mujeres después del de mama. En Quito ocupa el tercer lugar, cada año se diagnostican cerca de 1600 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el país. De estos, 650 pacientes murieron en el 2014. La edad media al momento del diagnóstico fue de 54 años. En cuanto a las lesiones cervicales la prevalencia en nuestro país es del 9,8% (8).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados en las lesiones malignas-premalignas del cuello uterino en mujeres del centro de Salud Uncovia, en los años 2018 y 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El estudio tiene varias aristas por las cuales se pueda justificar. El primero es el aporte científico. En Ecuador se tiene en cuenta que las relaciones sexuales cada vez se caracterizan por ser más precoces, pues los casos de lesiones premalignas podrían aumentar. Visto así, tiene sentido una investigación en la cual se analicen factores de riesgo (las relaciones sexuales precoces son una de ellas), al igual que la relación que éstos guardan con la prevalencia de las lesiones que arrojen los datos.

Desde el punto de vista comunitario, nuestro aporte académico pretende determinar la importancia del tamizaje, elemento que nos permite prevenir las lesiones malignas.

Este estudio tiene relación con las líneas de investigación diseñadas por el Ministro de Salud Pública del Ecuador, en donde las neoplasias ginecológicas se consideran un problema de salud pública, por lo que, con esta tesis obtendremos datos sobre prevalencia y factores de riesgo que se relacionen a dicha patología. De manera similar la Facultad de Ciencia Medicas de la Universidad de Cuenca dentro de sus lineamientos también tratan como un problema a la salud sexual y reproductiva. Los hallazgos pueden resultar muy útiles para entender mejor la patología y los

elementos que lo desencadenan. A su vez, se lograrían avances en diagnóstico, tratamiento, prevención, etc.

.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Conceptualización y clasificación.

El término “cervical intraepitelial neoplasia” (CIN) quiere decir neoplasia cervical intraepitelial, término acuñado desde hace algún tiempo a las lesiones de tipo premalignas-malignas. Las lesiones se dan cuando un grupo de células anormales son halladas en la superficie del cuello uterino (9).

La neoplasia intraepitelial cervical generalmente es causada por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra cuando se realiza una biopsia cervical. La neoplasia intraepitelial cervical, puede convertirse en cáncer y diseminarse al tejido normal cercano (9).

Algunas clasificaciones han sido expuestas. En el año 1985, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, creó un sistema de clasificación citológica, conocido como Sistema Bethesda en donde introdujo el concepto de lesión intraepitelial escamosa SIL. Dicho sistema periódicamente tiene actualizaciones, siendo la más reciente la del año 2014 y consta de los siguientes elementos (10):

- 1) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL): aquí los epitelios muestran cambios en su estructura y celularidad. De manera general están asociados al VPH.
- 2) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL): aquí están incluidos los epitelios concambios idénticos a los descritos en la displasia moderada o grave. En este caso, las infecciones por VPH son persistentes casi siempre, lo que conlleva un mayor riesgo de transformación maligna.

La utilidad del sistema de Bethesda puede diferenciar las lesiones con elevada tasa de regresión (LSIL) de las que tienen elevada tasa de progresión (HSIL) (10).

Esta clasificación también incluye categorías para describir alteraciones epiteliales atípicas que no pueden definirse como normales ni como SIL (11):

ASCUS (siglas en inglés): Atipias en células escamosas de significado incierto.

ASC-H: Atipias en células escamosas que no permiten excluir una lesión de alto grado AGUS: atipias en células glandulares de significado incierto.

Etiología

Desde los años 90 se tiene como fundamental el papel del VPH en la génesis de las lesiones premalignas y del cáncer de cérvix uterino. Hoy por hoy, es aceptado completamente que el cáncer de cérvix es la consecuencia final de una infección viral por transmisión sexual. Según la literatura, el VPH es la causa etiológica necesaria para el desarrollo de la neoplasia (12).

Los virus de papiloma humano VPH son virus epiteliotropos que infectan las células basales del epitelio a la vez que toman ventaja de su capacidad de proliferación para multiplicarse. Pertenece a la familia Papillomaviridae (12).

Hasta la fecha, se han identificado más de 200 tipos diferentes de VPH. Este virus es un pequeño (8 kilobases), virus de ADN de doble cadena que infecta la piel y las superficies epiteliales mucosas, dando lugar a lesiones proliferativas, y es específico de las especies. Por lo tanto, el VPH infecta sólo a los seres humanos. La relación causal con el cáncer es más pronunciada que la relación entre fumar y cáncer, por ejemplo (12).

Según la literatura, el VPH ha dado positivo en el 96,6% de los pacientes con cáncer de cuello uterino. Los tipos de VPH asociados principalmente con el desarrollo de cáncer escamoso cervical son VPH 16 (53,5%), VPH 18 (17,2%), VPH 45 (6,2%) y

VPH 31 (2,9%). Estas tasas y tipos distintos del VPH 16 y el VPH 18 pueden variar según los países. Sin embargo, el VPH 16 y el VPH 18 se identifican como asociados principalmente con el 70,7% de los cánceres cervicales. El VPH 18 se asocia principalmente con adenocarcinoma cervical (13).

Se estiman 12 tipos del VPH designados como carcinógenos según la Agency for Research on Cancer: VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58 y la 59. Pero existen también otras 8 variantes designadas como posibles carcinógenos: VPH-26, 53, 66, 67, 68, 70, 73 y 82. Todas estas de un total de 200 tipos de VPH, en donde la variante más oncogénica es la VPH-16, responsable de hasta más del 50% de los cánceres cervicales, seguida de la VPH-18 con hasta un 10% de los casos. El tipo 31, 33 y 45 están asociadas al 5% de casos (13).

Epidemiología y mortalidad

La infección por VPH ocurre en mujeres sexualmente activas de cualquier edad, pero es más común en mujeres adolescentes y mujeres menores de 30 años. La mayor incidencia se registra en las mujeres de 20 a 24 años. Estas mujeres jóvenes son las más propensas a eliminar la infección hasta niveles indetectables en un promedio de 8 meses y esta es la razón para aumentar el inicio de la prueba de Papanicolaou hasta la edad de 21 años (14).

Las mujeres mayores de 30 años con VPH positivos son propensas a tener una infección persistente y justifican seguimiento continuo para descartar la neoplasia intraepitelial cervical (14).

La mortalidad relacionada con el cáncer del cuello del útero puede reducirse sustancialmente mediante la detección temprana y el tratamiento. Por lo tanto, la evaluación citológica sigue desempeñando un papel importante en la detección temprana de displasia o carcinomas cervicales pre-invasivos. Sin embargo, los errores de muestreo, cribado e interpretación, todavía ocultan algunos resultados desagradables (14).

En Guayaquil (2019), el cáncer de cérvix invasor en menores de 75 años ha mostrado tendencia a ir decreciendo en los últimos años. Por ejemplo, de 7,05 en el 2009 a 5,65 en el 2011 y 4,51 en 2014 a 4,24 muertes por cada 100.000 mujeres en el 2018(15).

Estado del arte

En Ghana, Donkoh et al (2019) investigaron prevalencia de lesiones malignas y premalignas, se tomó una muestra de 592 mujeres para las que se dispuso de una prueba de Papanicolaou para evaluación. De ellas 555 (93,8%) presentaron negativo para lesión intraepitelial o malignidad, 8 (1,4%) presentaron células escamosas atípicas de significación indeterminada (ASCUS), 9 (1,4%) lesiones escamosas intraepiteliales de grado bajo y 2 (0,3%) lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto, 3 mujeres (0,5%) dieron positivo por carcinoma de células escamosas y 15 (2,5%) frotis fueron insatisfactorios para la citología cervical, obteniendo una tasa general de anomalías epiteliales de 3,7% (16).

En Navarra, Mercado (2017) realiza una investigación con 67.935 citologías, en donde las mujeres analizadas tenían edades entre los 15 y los 44 años, los resultados revelaron que las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) fueron dos veces más altas en mujeres menores de 35 años (6,5 vs. 3,7%)(17).

En Nicaragua, Henríquez y Ortega (2015) analizaron a mujeres entre los 35 y 54 años, con un total de 84 historias clínicas. (18). Igualmente, Managua, las autoras Ruiz Palacios y Picado Urroz (2016) analizaron a 129 pacientes con el fin de hallar datos de prevalencia por lesiones. La mayoría se encontró en mujeres entre los 20 y 34 años. Las lesiones premalignas fueron las más encontradas y el factor de riesgo predominante fue la presencia del hábito de fumar (19).

En México, Solís y Briones (2018) tuvieron en cuenta a mujeres entre los 21 y 64 años, con un total de 379, con cifras relativamente bajas por prevalencia de lesiones del 4,49% (20).

Velázquez et al. (2016), en Paraguay realizaron un estudio con muestra de 129 mujeres indígenas entre 24 y 44 años, evaluando la prevalencia de las lesiones, donde halló una relación 13,18% (21). En Perú, Arango Rojas (2016) realizó un estudio en el que se incluyó a 3061 mujeres entre 25 y 34 años en donde 3.39% de casos fueron lesiones. (22).

En Colombia, Luisa Hernández y Jaiberth Cardona (2016) tuvieron una muestra de 2222 mujeres, en dicho estudio la prevalencia de lesiones con malignidad fue mayor en mujeres adolescentes, en zona rural y en el régimen subsidiado, permitiendo identificar a la población de riesgo. (23).

En Colombia, Hernández et al. (2016) tuvieron una muestra de 2222 mujeres, se pudo evidenciar la inquietante relación de lesiones malignas respecto a mujeres adolescentes, sobre todo las que vivían en zonas rurales y con subsidio estatal para servicios de salud (23)

En Quito, Christian Calderón (2017) llevó a cabo una investigación en el período de enero a junio del año 2016 en el hospital General docente de la ciudad colindante de Calderón. Aquí los factores de riesgo asociados a la patología fueron, sobre todo, el inicio de vida sexual entre los 13 y 18 años. El grupo etario consistente en los 25 a 44 años (24).

En Cuenca se hallaron dos estudios con similar propósito. El primero con coautoría por parte de J. Corella y A. Torres (2016). Quiénes investigaron en el año 2016 un total de 345 historias clínicas de mujeres en edades que oscilaban entre los 16 y 80 años. Las lesiones conformaron un 28% para tipo leve, de alto grado con un 12% y con CGA de un 5% (2). En la misma ciudad y Universidad (Cuenca) otra autora también indagó en la prevalencia de dicha patología y los elementos que la predisponen. Zoila Salazar (2017) utilizó una muestra de 396 mujeres que se presentaron espontáneamente para la investigación. Las edades estuvieron entre

los 15 y 64 años. Los datos de prevalencia por LIE alcanzaron el 13% siendo las mujeres mayores a los 29 años un factor importante. Igualmente lo mostró ser la multiparidad (25).

Factores de riesgo

Frecuencia de Tamizaje inadecuada

Los controles médicos son fundamentales para poder prevenir anomalías en el cuello uterino. Para ello la prueba fundamental es el test del Papanicolau (PAP) o test de citología vaginal. Dicho examen fue desarrollado a mediados del siglo pasado por el célebre doctor griego Giorgious Papanicolau (26).

Este test consiste en detectar cambios en las células del cuello uterino. Se considera prevenible en un 90%, siempre y cuando las mujeres sexualmente activas tengan revisión regular. Para mujeres que hayan presentado algunos de los factores de riesgo para el padecimiento de cáncer, se sostiene que deben al menos una vez al año hacerse un análisis citológico. Otras fuentes apuntan que un período específico, el de las mujeres entre los 21 y 30 años, necesitan como mínimo, un test cada tres años (27,28).

La literatura respecto a la relación entre el test y la presencia de cáncer es extensa. Se ha descrito que las mujeres en edad fértil, sin PAP, tienen un riesgo 3 veces mayor de presentar la enfermedad que las mujeres con examen al día. Además, la incidencia y mortalidad por cáncer invasor es mucho más alta en mujeres mayores que nunca han sido tamizadas. Entre el 40% a 50% de las mujeres que mueren por cáncer cervicouterino tienen más de 65 años y en algunas poblaciones, con alto riesgo, se ha encontrado hasta un 75% de mujeres mayores de 65 años sin PAP en los últimos 5 años (28).

La prevención de cáncer cervicouterino, a través de su diagnóstico en etapas tempranas, constituye la herramienta más eficiente para el control de esta enfermedad (28).

Conducta Sexual

Este factor, hace referencia sobre todo al inicio de las relaciones sexuales y a la promiscuidad. En este sentido, a mayor cantidad de parejas sexuales, mayor el riesgo de obtener el VPH. Esto a su vez, aumenta las posibilidades de adquirir lesiones premalignas-malignas (29).

El VPH está presente, según se cree, en alrededor de 630 millones de personas a nivel mundial. Las tasas más altas de prevalencia se tienen en mujeres próximas a la finalización de la adolescencia y las mayores de 30 años. Varios estudios demuestran que hay una diferencia significativa en el número de parejas sexuales de mujeres con cáncer cervicouterino y mujeres sanas. Esto constituye uno de los mejores indicadores para estimar la probabilidad de infectarse con VPH en mujeres sin infección. Del mismo modo, el mayor número de parejas en el hombre determina mayor probabilidad de infectarse y transmitirlo a una mujer (30).

A modo de conclusión, varios factores relacionados con sus antecedentes sexuales pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Muy probablemente el riesgo se vea afectado cuando hay un aumento de las posibilidades de exposición al VPH (30).

- Ser sexualmente activo a una edad temprana (especialmente los menores de 18 años)
- Tener muchas parejas sexuales
- Tener una pareja que se considera de alto riesgo (alguien con infección por VPH o que tiene muchas parejas sexuales)

Infecciones del cuello uterino

Algunas infecciones también guardan una relación importante. Por ejemplo, varios tipos de cervicitis como las producidas por *Chlamydia trachomatis* o *tricomonas* vaginales. Estas tienen la capacidad de incrementar el riesgo del padecimiento de VPH y por ende aumento de lesiones (31).

El tejido cervical normal y las células cancerosas pueden ser vulnerables al crecimiento bajo la influencia de agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos, tejido cervical normal y células cancerosas. Uno de los virus asociados con el cáncer cervical es el virus del papiloma humano. Este tipo de padecimientos se suele dar sobre todo en países en vías de desarrollo donde las condiciones todavía no son las más higiénicas (31).

Inmunosupresión

Los factores inmunitarios desempeñan una función evidente en la eliminación de las lesiones cervicales que guarden relación con el VPH. De manera natural, las CIN pueden ser combatidas de manera natural (32).

Incluso cuando la frecuencia de infección por VPH es alta, las mujeres infectadas no terminan desarrollando cáncer cervical. Esto ocurre porque en la mayoría de los casos el sistema inmunológico, con sus mecanismos, las elimina. Se cree, la mitad de las nuevas infecciones se eliminan en los primeros 6 meses y la otra mitad en el resto del año. Ahora, virus como el VIH o la inmunosupresión farmacológica incrementan el riesgo de lesiones malignas- premalignas (32).

Algunos estudios en mujeres de VIH muestran cifras de cáncer cervical tan alarmantes que pueden sobrepasar el 80%. Esto no quiere decir que la presencia de VIH implique inevitablemente la presencia de cáncer, pero la degradación natural con el uso del sistema inmune, es más lenta en unas que en otras. Por ejemplo, un estudio entre mujeres jóvenes VIH positivas y negativas de 13 a 18 años, después de una infección inicial por VPH, el tiempo medio hasta la pérdida de la infección

inicial fue significativamente más corto entre mujeres VIH-negativas (403 días) en comparación con mujeres VIH-positivas (689 días) (33).

Multiparidad

A mayor cantidad de hijos, mayor la zona de transformación durante largo tiempo en el ectocérnix. Esto a su vez está directamente relacionado con la adquisición de VPH. Incluso con la replicación del mismo (34).

Según la literatura, la posibilidad de adquirir CIN nivel tres, es hasta tres veces mayor en mujeres con más de 5 embarazos. Sin embargo, las investigaciones al respecto, las recientes al menos, no muestran una contundencia absoluta en los datos. Un estudio de cohorte en Finlandia, analizó un total de 102541 mujeres. Todas eran multíparas y los datos para cáncer de cérvix, y en general de tipo ginecológicos, no eran muy diferentes respecto a las cifras nacionales, para mujeres sin vástagos (34).

Tabaquismo

Se han sugerido algunos mecanismos moleculares del porqué el fumar puede contribuir a la carcinogénesis cervical uno implica la exposición directa del deoxyribonucleic acid (ADN) en las células epiteliales cervicales a la nicotina y la cotinina, y la otra implica la exposición a productos metabólicos resultantes de las reacciones de otros componentes de los cigarrillos, como los hidrocarburos policíclicos aromáticos y las aminas aromáticas (35).

Los efectos in vivo de la exposición prolongada a la nicotina afectan la proliferación celular persistente, la inhibición de la apoptosis y la estimulación del factor de crecimiento endotelial vascular. Otros mecanismos que pueden explicar la carcinogénesis relacionada con el tabaquismo están relacionados con anomalías en el sistema inmunológico sistémico y periférico de los fumadores, que incluyen la producción sistémica desequilibrada de citocinas pro y anti-inflamatorias, un número elevado de cito linfocitos T tóxicos/supresores, supresión

de la actividad de los linfocitos T, disminución del número de linfocitos T auxiliares, disminución del número de linfocitos asesinos naturales y niveles bajos de inmunoglobulinas distintas de la inmunoglobulinaE(IgE) (1).

Anticonceptivos orales

Casi todas las investigaciones sobre la relación entre los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer provienen de estudios observacionales, tanto de grandes estudios prospectivos de cohortes como de estudios de casos y controles basados en la población. Los datos de estudios observacionales no pueden establecer definitivamente que una exposición el cáncer. Esto se debe a que las mujeres que toman anticonceptivos orales pueden diferir de aquellas que no los toman de maneras distintas a su uso de anticonceptivos orales, y es posible que estas otras diferencias -en lugar de uso de anticonceptivos orales- sean las que explican su diferente riesgo de cáncer (36).

Según la literatura, las mujeres que han usado anticonceptivos orales durante 5 o más años tienen un riesgo más alto de cáncer cervical que las mujeres que nunca han usado anticonceptivos orales. Cuanto más tiempo una mujer usa anticonceptivos orales, mayor es el aumento de su riesgo de cáncer de cuello uterino. Un estudio encontró un aumento del riesgo del 10% para menos de 5 años de uso, un aumento del riesgo del 60% con 5-9 años de uso, y una duplicación del riesgo con 10 o más años de uso. Sin embargo, se ha comprobado que el riesgo de cáncer de cuello uterino disminuye con el tiempo después de que las mujeres dejan de usar anticonceptivos orales (37).

Nivel económico bajo

Algunas investigaciones han sugerido una relación importante entre un nivel socioeconómico bajo y la presencia de lesiones pre-malignas y malignas. Algunos autores han notado prevalencia de cáncer de cuello uterino cuatro veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. En los países que ocupan un lugar bajo en el Índice de Desarrollo Humano, el cáncer de cuello uterino

ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes y la segunda causa más alta de mortalidad relacionada con el cáncer entre las mujeres después del cáncer de mama. En África, el cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado y la causa principal de muerte relacionada con el cáncer entre las mujeres. En África Subsahariana, la incidencia más alta de cáncer de cuello uterino desde 2012 se observó en mujeres de 15 a 44 años (38).

La explicación para sostener una hipótesis definitiva sobre la relación entre bajo nivel económico y las lesiones radica no existe del todo. Varias son las teóricas. Entre ella está el hecho que en muchos países pobres o en vías de desarrollo, las mujeres empiezan sus relaciones sexuales a edades mucho más tempranas que en países desarrollados. Otro elemento puede ser la falta de conocimiento por parte de las adolescentes sobre temas de sexualidad. Otra variante es la incapacidad (precisamente por carecer de los recursos económicos para pagar) de acudir ante un especialista las veces que sugiere la literatura. Otros estudios también han encontrado relación entre la multiparidad y bajos ingresos. Como se ha explicado, la multiparidad es un factor importante y está a su vez estrechamente ligado a mujeres con escasos recursos (39).

Diagnostico

Las lesiones premalignas del cuello uterino no son visibles y pueden durar así varios años, no obstante, cuando estas lesiones avanzan, se puede visualizar en la indagación ginecológica, a través de sus síntomas. El cáncer de cuello de cérvix es uno de los escasos cánceres que se logran diagnosticar, antes de que la mujer tenga algún síntoma (40).

Las revisiones ginecológicas habituales y la realización regular de la prueba del Papanicolau o citología vaginal permite el diagnóstico de las lesiones premalignas, de tal forma que su tratamiento evita que estas evolucionen a lesiones invasivas (40).

La citología vaginal es una prueba sencilla y no produce dolor, en ocasiones para algunas mujeres es incómodo. Para su ejecución la mujer debe permanecer de cubito dorsal, relajada en posición ginecológica, el doctor valora la existencia o no de nódulos u otras lesiones en la vagina, el cuello del útero y el cuerpo del útero (41).

Para inspeccionar la vagina y el cuello del útero el ginecólogo utiliza un instrumento llamado espéculo, que mantiene la apertura de la vagina para poder llevar a cabo la exploración. será necesario efectuar más estudios para comprobar exactamente en qué fase está la enfermedad (41).

Previamente a la realización de cualquier prueba, el ginecólogo elaborará una historia clínica que le oriente sobre los hábitos de la paciente y valorará la realización de las siguientes pruebas: Colposcopia y Biopsia (42).

Tratamiento

De manera general, la literatura aboga por los siguientes mecanismos como tratamiento.

- Láser de CO₂: utilizado como vaporización o conización, incluye la zona afectada y 2 a 3 cm en la periferia y 7mm de profundidad, así mismo evapora el agua y destruye el tejido, usualmente se aplica en lesiones escamosas demostradas.

- Asa diatérmica: corta y coagula el tejido bajo visualización colposcópica directa, suministra una muestra de tejido que consiguen someterse a valoración histológica.
- Conización con bisturí frío: se usa en lesiones endocervicales y personas mayores de 35 años con NIC 3.
- Crio-intervención quirúrgica: es la aplicación de gas refrigerante (óxido nitroso) que se transforma en crionecrosis por cristalización del agua intracelular, este tratamiento no se recomendada con frecuencia ya que, no se logra extraer muestras para biopsia (42).

Prevención

La detección de células anormales en la citología rápidamente permite consumir pruebas adicionales que obtienen diagnosticar el cáncer de cuello uterino e iniciar un tratamiento en sus fases más precoces, de tal manera que se relacione a un mejor pronóstico y más posibilidades de curación (43).

La gran mayoría de los cánceres de cuello de útero se amplían a partir de cambios premalignos en las células, por lo que existen dos maneras de evitar la enfermedad: Prevenir las lesiones premalignas y tratarlas antes de que invadan en profundidad. No todas las mujeres con lesiones precancerosas presentan un cáncer de cérvix (43).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre prevalencia y factores de riesgo asociados a lesiones premalignas-malignas de cuello uterino en mujeres atendidas en el centro de salud Uncovia, años 2018 y 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las variables socio demográficas: edad, grupo étnico y nivel de instrucción.
- Determinar la prevalencia de lesiones premalignas-malignas de cuello uterino.
- Identificar los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas-malignas:
- Determinar si existe asociación entre las lesiones premalignas del cuello uterino y los factores de riesgo: edad superior a los 35 años, multiparidad, inicio de vida sexual y frecuencia de tamizaje.

3.3. HIPÓTESIS

Los factores multiparidad, inicio de vida sexual antes de los 18 años y frecuencia de tamizaje mayor a 3 años, son causales para determinar una alta prevalencia de lesiones malignas-premalignas en el Centro de Salud Uncovia, en el periodo 2018 a 2019.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio planteado es de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el servicio de estadística del centro de salud UNCOVIA. El centro de salud UNCOVIA está ubicado en Ciudadela Uncovia, Calle Cimarrones Y Vía A Patamarca, Parroquia Hermano Miguel, en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, es una institución del ministerio de salud pública (MSP) que presta sus servicios a la población de la provincia y sus alrededores.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todas las historias clínicas de pacientes atendidas en el Centro de Salud UNCOVIA, entre el 1ero de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.

Muestra: Todas las historias clínicas de pacientes atendidas en el Centro de Salud UNCOVIA, entre el 1ero de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra final fue de 242 pacientes.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- Historias clínicas con reporte de test citológico
- Historias clínicas de pacientes mayores de 12 años.

Exclusión

- Historias clínicas incompletas o con datos ilegibles.

4.5 VARIABLES

Independientes: Edad, Etnia, Estado civil, Nivel de instrucción, Inicio de vida sexual, Multiparidad y Tamizaje.

Dependiente: presencia de lesiones premalignas-malignas.

4.6 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

Método: Análisis documental

Técnica: Revisión de historias clínicas, para obtener los datos necesarios para la investigación.

Instrumento: Formulario de recolección de datos, confeccionado por los autores para tal efecto (Anexo N°1)

4.7 TABULACION Y ANALISIS

La información recogida en el formulario, se procesó mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows. Las variables cualitativas y cuantitativas categorizadas se presentaron en forma de frecuencias y porcentajes, para la edad se calculó la media, desviación estándar y valores mínimos y máximos.

Para evaluar la relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y los factores de riesgo, se emplearon los estadígrafos Odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% y el estadígrafo Chi cuadrado (X^2). Se consideró estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

El OR se aplica a relaciones entre variables dicotómicas. El resultado del OR se interpreta de la siguiente forma:

- Mayor a la unidad se interpreta como factor de riesgo.
- Menor a la unidad se interpreta como factor protector.
- Igual a la unidad no hay riesgo.

4.8 ASPECTOS ETICOS

Se solicitó la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, y los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente para esta investigación.

Esta investigación tuvo un riesgo mínimo para los involucrados ya que su identidad no se verá expuesta y no afectó su vulnerabilidad, la información recolectada en este estudio será de uso exclusivamente académico, guardando absoluta confidencialidad, a la que solo los investigadores y la institución podrá acceder.

Por ser un estudio retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas no se necesitó la firma del consentimiento informado. Toda la información recolectada fue guardada con absoluta confidencialidad a través de código numérico. Desde el punto de vista comunitario, nuestro aporte científico pretende concientizar a las mujeres jóvenes a considerar los años de edad para su primer coito y de igual manera la importancia que representa el tamizaje paulatino.

En todo momento durante la investigación se mantuvo la confidencialidad de los datos personales de los participantes, los mismos que son custodiados y archivados digitalmente en un ordenador con clave de acceso para el mismo, los cuales serán borrados luego de cinco años de terminada la investigación. Toda la información recogida fue manejada única y exclusivamente por el personal involucrado en este proyecto de investigación.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS.

Luego de la recolección de datos y su respectiva tabulación se procedió al análisis y sus resultados se presentan a continuación:

Tabla 1. Distribución de las 242 pacientes, con PAP test, del Centro de Salud de Uncovia, periodo 2018-2019, según las variables sociodemográficas (Edad, Etnia, Estado Civil y Nivel de Instrucción).

Cuenca-Ecuador 2021

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			N	%
EDAD (años)	<= 18		2	0,8
	19 – 28		94	38,8
	29 – 38		92	38
	39 – 48		35	14,5
	49 – 58		17	7
	> 59		2	0,8
	Media		32,76	
	Desviación estándar		9,23	
ETNIA	Mestiza		235	97,1
	Indígena		6	2,5
	Blanca		1	0,4
ESTADO CIVIL	Unión libre		122	50,4
	Soltera		87	36,0
	Casada		24	9,9
	Divorciada		6	2,5
	Viuda		3	1,2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta		2	0,8
	1er Nivel		71	29,3
	2do Nivel		160	66,1
	3er Nivel		9	3,7
TOTAL			242	100



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

En la Tabla 1 se muestra que la edad promedio de la población de estudio fue de **32,76 \pm 9,23** años, oscilando entre los 18 y 64 años, hubo una mayor proporción de pacientes entre 19 a 28 años (38,8%), seguida del grupo de 29 a 30 años (38%), 39 a 48 años (14,5%) 49 a 50 años (7%) y un 0,8% tenía más de 59 años.

La etnia mestiza fue la predominante (97,1%). Más de la mitad de las mujeres se encontraban en unión libre (50,4%), mientras el 36% eran solteras y un 9,9% casadas, la proporción de divorciadas y viudas era mucho menor.

La mayor parte de las pacientes (66,1%) tenían segundo nivel de escolaridad, un 29,3% poseían solo primer nivel y apenas un 3,7% tercer nivel, dos pacientes eran analfabetas (0,8%).

Prevalencia de lesiones premalignas-malignas de cuello uterino en la población de estudio.

Tabla 2. Prevalencia de lesiones premalignas-malignas de cuello uterino, en las 242 mujeres estudiadas, del Centro de Salud de Uncovia, periodo 2018-2019.

Cuenca-Ecuador 2021

LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS	N	%
ASCUS	9	75.0
HSIL	2	16,7
LSIL	1	8,3
CÁNCER	0	0
SUBTOTAL	12	5,0
NO PRESENTAN	230	95.0
TOTAL	242	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

La Tabla 2 indica la prevalencia de lesiones premalignas - malignas en el cuello uterino, el 95% de la población de estudio no presenta lesiones, el **5% que corresponde a 12 casos presenta algún tipo de lesión, de las cuales 9(75%)** siendo la patología más frecuente la Atipia escamosa de significado incierto (ASCUS), 2 (16,7%) lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL), 1 caso (8,3%) lesiones intraepiteliales escamosa.

Factores de riesgo asociados a lesiones premalignas-malignas en la muestra estudiada (Multiparidad, Inicio de vida sexual y Tamizaje).

Tabla 3. Distribución de las 242 pacientes, según los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas-malignas (Multiparidad, Inicio de vida sexual y Tamizaje).

Cuenca-Ecuador 2021

FACTORES DE RIESGO		N	%
MULTIPARIDAD	Nulípara	24	9,9
	1 o 2 hijos	165	68,2
	3 hijos o más	53	21,9
INICIO DE LA VIDA SEXUAL (años)	Antes de los 18	39	16,1
	18 años o más	202	83,5
TAMIZAJE	1 a 3 años	162	66,9
	4 años o más	80	33,1
TOTAL		242	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

Al analizar la Tabla 3 se constata que el 68,2% correspondiente a mujeres que tenían uno o dos hijos y el 21,9% había tenido tres o más hijos y 9,9% eran nulíparas.

El inicio de la vida sexual en el 83,5% de los casos ocurrió entre los antes de los 18 años y un 16,1% a partir de los 18 años o más.

El tamizaje lo realizan entre 1 a 3 años el 66,9%, el tercio de la población estudiada el 33,1% espera 4 años o más para realizarlo.



Relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y los factores de riesgo.

Tabla 4. Relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y la edad.

Cuenca-Ecuador 2021			
FACTOR DE RIESGO	PRESENCIA DE LESIONES		<i>Estadísticos</i>
	SI	NO	
EDAD	N (%)	N (%)	
<= 18 años	0	2 (100)	$OR = 0$ $IC\ 95\% (1,023 - 1,084)$ $p = 0,746$
=>19 años	12 (5,0)	228 (95,0)	
TOTAL	12 (5,0)	230 (95,0)	242 (100)

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

En la Tabla 4 se observa que la edad no mostró tener relación estadísticamente significativa con la presencia de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino ($p > 0,05$).

Tabla 5. Relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y la multiparidad.

Cuenca-Ecuador 2021

FACTOR DE RIESGO	PRESENCIA DE LESIONES		
	SI	NO	TOTAL
MULTIPARIDAD	N (%)	N (%)	N (%)
3 hijos o más	3 (5,7)	50 (94,3)	53 (100)
0-2 Hijos	9 (4,8)	180 (95,2)	189 (100)
TOTAL	12 (5,0)	230 (95,0)	242 (100)
Estadísticos	OR = 1,20 (0,313 - 4,6)		p = 0,79

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

El resultado de la tabla 5 indica que la multiparidad no mostró tener relación estadísticamente significativa con la presencia de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino ($p > 0,05$), aunque hay que significar que ninguna de las 24 nulíparas presentaron lesiones.

Tabla 6. Relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y la edad de inicio de la vida sexual.

Cuenca-Ecuador 2021

FACTOR DE RIESGO	PRESENCIA DE LESIONES		
	SI	NO	TOTAL
IVS	N (%)	N (%)	N (%)
Antes de los 18	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100)
18 años o más	7 (3,4)	196 (96,6)	203 (100)
TOTAL	12 (5,0)	230 (95,0)	242 (100)
Estadísticos	OR = 4,118 (1,235 - 13,726)		p = 0,014

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

La Tabla 6 refleja que las mujeres que comenzaron a tener relaciones sexuales antes de los 18 años muestran un porcentaje mucho mayor de casos afectados por patologías del cuello uterino. Estas mujeres tienen un riesgo 4 veces mayor (OR=4,118; IC95%:1,235-13,726) de sufrir estas lesiones, por lo que existe una relación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia de lesiones del cuello uterino premalignas y malignas ($p < 0,05$).

Tabla 7. Relación entre la presencia de lesiones premalignas-malignas y la frecuencia del tamizaje.

Cuenca-Ecuador 2021

FACTOR DE RIESGO	PRESENCIA DE LESIONES		
	SI	NO	TOTAL
TAMIZAJE	N (%)	N (%)	N (%)
1 a 3 años	2 (1,2)	160 (98,8)	162 (100)
4 años o más	10 (12,5)	70 (87,5)	80 (100)
TOTAL	12 (5,0)	230 (95,0)	242 (100)
Estadísticos	OR = 11,429 (2,44 - 53,52)		p < 0,001

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Grace Pierina Flores Valencia y Francisco Javier Fuertes Escorzas

Al analizar la Tabla 7 se observa que es más acentuada la relación entre la tardanza en la realización de la prueba citológica y la presencia de lesiones cérvico-uterinas. Las mujeres que dejan de realizarse la prueba más de 3 años tienen un riesgo 11 veces mayor de padecer estas patologías (OR=11,429; IC95%: 2,44-53,52), resultado altamente significativo ($p < 0,001$).

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En la población de estudio la edad promedio fue de **32,76 \pm 9,23** años, y hubo una mayor proporción de pacientes entre 19 y 28 años, valores más altos que los obtenidos por Henríquez y Ortega (2015) (18), en su estudio nicaragüense, donde cerca del 80% eran mujeres jóvenes en edad no considerada de riesgo de lesiones tempranas y en el estudio paraguayo de Velázquez et al (2018), que constó de una muestra de 129 indígenas con una edad media de 26 \pm 10 años (21).

Sin embargo, otros estudios mostraron medias de edad superiores a los 40 años, como el de Solís y Briones (2018) (20), en México con una media etaria de 42,81 \pm 10,4 años y el de Corella y Torres (2016), Cuenca, con 44.3 \pm 12.4 años, empleando un rango mayor al nuestro (16 a 80 años), donde el 54% tenía entre 35 y 54 años (2). Estas variaciones en los rangos etarios de las poblaciones de estudio muchas veces están vinculadas a los parámetros que se pretenden evaluar y/o a la disponibilidad de la muestra que tiene el investigador.

La etnia mestiza fue la predominante, que es de esperar pues es la más común en nuestra población. Más de la mitad de las mujeres se encontraban en unión libre, lo que se ha vuelto mucho más común en la sociedad actual, mientras el 36% eran solteras. Este resultado difiere un tanto de lo obtenido por los citados Henríquez y Ortega (2015) en Nicaragua donde dos terceras partes de las pacientes tenían pareja conviviente (18).

La mayor parte de las pacientes tenían segundo nivel de escolaridad, y solo 2 analfabetas, coincidiendo con lo reportado por Henríquez y Ortega (2015) (18), que indican que el 98% de su muestra de estudio tenía algún grado de instrucción, y el de Corella y Torres (2016), en Cuenca donde el 53% de las pacientes cursó instrucción de hasta el segundo nivel (2).

La prevalencia de lesiones premalignas/malignas en el presente estudio fue del 5%, valor por debajo de los estándares nacionales (9,8%) (6), sin reportarse casos de cáncer, al igual que en los estudios de Ruiz y Picado (2016) en Nicaragua (19); Salazar (2017) (25) y Velázquez et al (2018) (21). Lo que puede estar relacionado con que se realiza el tamizaje bastante correcto en esta unidad, lo que conlleva a una detección temprana de lesiones premalignas. Resultados similares reportan los citados mexicanos Solís y Briones (2018) (20) con 4,49% y Calderón (2017), en Quito, con 6,32% de casos diagnosticados con algún tipo de lesión premaligna de cuello uterino (24). Por otro lado, en Cuenca, Peláez y Pinos (2015) indicaron un 6,8% de pacientes positivas en su estudio de frotis cervical realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso (44).

Otros autores reportan valores inferiores en sus investigaciones como Arango (2016), en Lima, Perú, que refiere una prevalencia de 3,39%, por debajo de los indicadores peruanos que se sitúan alrededor del 6% (22), también la colombiana de Hernández y Cardona (2016) (23) con 1,4% de alteraciones premalignas y el 0,79% de Zapata (2018) en Perú (45).

Sin embargo, otras investigaciones en el área muestran porcentajes mucho más elevados de prevalencia de estas lesiones. En Ecuador, Cabrera et al (2015) (8,8%) (46) y Salazar (2017), en mujeres indígenas de la ciudad de Cuenca, encontró un 13,1% (25). Velázquez et al (2018), en Paraguay, (21), refieren un 13,18%. Por otra parte, Pabón et al (2018) (47), en el Salvador un 15% de casos positivos y Quispe y Aguilar (2017) un alto 28% según los resultados del Papanicolaou, en mujeres de 20 a 49 años de Huancavelica, Perú (48). Esto muestra que los resultados pueden variar mucho según la población que se estudie y los factores de riesgo a que estén expuestas.

La lesión más frecuente encontrada fue la ASCUS, las otras dos alteraciones reportadas fueron HSIL y LSIL. Resultado que reafirma lo encontrado en estudios nacionales e internacionales, como el de Mercado et al (2017) en Navarra, España

(17), el quiteño de Calderón (2017) donde el ASCUS representó el 40.46%, seguido del LSIL con el 38.82%, ASC-H con el 10.32%, HSIL con el 8.85% y AGUS con el 1.56%, aunque con una mayor distribución y tipos de lesiones (24). Corella y Torres (2016) en Cuenca muestran que ASCUS tuvo un 53%, LSIL (28%), HSIL (12%) y CGA (5%), bastante similar al presente estudio (2). Salazar (2017), encontró igualmente predominio de ASCUS (58%), seguido de LSIL con un 30,5% y HSIL (11,5%) (25).

Con los mismos hallazgos, pero en diferente proporción recoge la investigación de Quispe y Aguilar (2017), en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, Perú, donde el 62% presentaba LSIL, el 32% HSIL y apenas un 7% ASCUS (48). También Arango (2016) indica predominio de ASCUS (43,3%), seguidas de LSIL (37.5%), HSIL con 18.3% y reportando carcinoma de cérvix (1%) (22). Pabón et al (2018) en el Salvador refleja que un 86,7% de las lesiones fueron LSIL, y un 6,7% tanto de HSIL como de ASCUS (47). Todo esto refleja el curso natural del cáncer de cérvix uterino, por el comienzo de los cambios atípicos, que evolucionan a alteraciones citológicas más indiferenciadas y por ende de mayor complejidad (22).

Cabrera et al (2015) reporta solo dos tipos de lesiones en su estudio en Ecuador, encontrando un 79,5% de casos con ASCUS y 20,5% de LSIL. Velázquez et al (2018), señala que las lesiones más frecuentes encontradas en su trabajo fueron ASCUS 75,5%; CIN I 17,6%; CIN II 5,9%, este autor indica presencia de CIN I y II no reportado en la presente investigación.

Resultados diferentes obtuvieron Henríquez y Ortega (18), en Boaco, Nicaragua, predominando la CIN II hubo un 38.1%, seguida de CIN I (28,6%), ASCUS (20,2%) y CIN III (13,1%), sin reportes de lesiones intraepiteliales escamosas. Por otro lado, Peláez y Pinos (2015) en Cuenca, obtuvieron un 45,6% de HSIL; 42,6% de LSIL y 17,2% de casos con adenocarcinoma, resultados poco halagadores, aunque solo el 0,8% de la población estudiada padecía el cáncer (44).

La edad no resultó ser un factor de riesgo, lo que asemeja a lo encontrado por Muangto et al (2016) en una población del pacífico asiático ($p=0,109$) (49) y Salazar (2017) en Cuenca ($p=0,16$) (25).

Los estudios revisados muestran diferente criterio en cuanto a la edad como factor de riesgo. Zapata (2018) en Perú, encontró niveles más altos de lesiones premalignas en mujeres con más de tres hijos y con edades entre 30 y 45 años (45), y Velázquez et al (2018), constató mayor incremento de casos en edades entre 25 y 44 años (21). Peláez y Pinos (2015) también reporta un incremento de las lesiones con el avance de la edad (44). Arango (2016) explica este comportamiento indicando que las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida, provocadas por la propia evolución natural de la patología, pues esta necesita un periodo de tiempo para desarrollarse (22).

Tampoco la multiparidad en este estudio refleja riesgo, pero las nulíparas no presentaron lesiones. Coinciden con esto Henríquez y Ortega (2015) ($p=0,65$) (18); Salazar (2017) (OR= 1,5; IC 95%: 0,84 - 2,82; $p=0,14$) (25); y Calderón (2017) en su estudio quiteño (24).

No ocurre lo mismo con lo referido por Peláez y Pinos (2015) (44); Corella y Torres (2016) ($p<0,05$) (2); Zapata (2018); Quispe et al (2018) en su estudio peruano, que obtuvo un OR de 17,21 (50); y Velázquez et al (2018), que muestran la multiparidad como un factor de riesgo importante.

En su investigación, Calderón (2017) manifiesta que no existe todavía una evidencia comprobada de la influencia de tener varios partos vaginales, y lo asocia a cambios hormonales vinculados al embarazo, con el consecuente descenso transitorio de la inmunidad, lo que facilitaría la infección del HPV y/o traumatismos cervicales vinculados al proceso del parto (24).

El inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años resultó un factor de riesgo a considerar, y en esto coinciden los estudios revisados como el de Marruffo (2015); Henríquez y Ortega (2015) ($p=0.001$) (18); Calderón (2017) (24); y Velázquez et al (2018) (21). Quispe et al (2018) obtuvo un riesgo 29 veces mayor ($OR=29,51$) de padecer estas lesiones en las mujeres que comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años (50).

Calderón (2017), plantea sobre este pormenor que iniciar la actividad sexual antes de los 17 años, incrementa el riesgo 2.4 veces más de desarrollar, no solo lesiones premalignas, sino también cáncer cervical; que si se comenzara a los 21 años. Esto se debe a que durante el acto sexual una mujer con un cérvix inmaduro o especialmente susceptible el virus del HPV, puede infectarse con mayor facilidad, pudiéndose desarrollar una neoplasia maligna por la inmadurez inmunológica del epitelio cervical (24).

Igualmente retrasar el tiempo de realización de la prueba citológica más de 3 años, fue el factor de riesgo más relacionado con la presencia de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino. Este hallazgo lo corroboran Solís y Briones (2018) en su estudio, resaltando la importancia del seguimiento de las mujeres para evitar complicaciones que pudieran haber sido prevenibles (20).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La población de estudio tenía entre 18 y 38 años, mestiza, con segundo nivel de instrucción y estado civil en unión libre.

La prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino, fue del **5%**, siendo la patología más frecuente las Atipias escamosas de significado incierto. No hubo lesiones cancerosas.

Los factores de riesgo muestran que la multiparidad no mostro relación con la presencia de las lesiones premalignas- malignas, las mujeres que tuvieron entre 3 hijos o menos hijos representaron el 5.7%. El inicio de la vida sexual ocurre antes de los 20 años y en cerca de la sexta parte de la población estudiada antes de los 16 años. El test citológico en casi un tercio se realiza cada 4 años o más.

La multiparidad no resultó ser un factor de riesgo estadísticamente significativo, tampoco la edad, aunque las nulíparas no presentaron lesiones. El inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, así como retrasar el tiempo de realización de la prueba citológica más de 3 años, fueron los factores de riesgo más relacionados con la presencia de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino.

.

RECOMENDACIONES

- Aunque la prevalencia de lesiones premalignas-malignas encontradas en el presente estudio se ubica dentro de los indicadores nacionales establecidos, se hace necesario seguir con las medidas de promoción y prevención, con el fin de disminuir aún más estos valores en un futuro.
- Mantener un seguimiento continuo de estas mujeres teniendo en cuenta que las más afectadas fueron las que dejaron de realizarse el test citológico por cuatro años o más, lo que igualmente permitiría un manejo oportuno de las lesiones.
- Orientar a través de charlas y talleres en la comunidad a los más jóvenes sobre las medidas de protección y los factores de riesgo, pues como se pudo constatar las mujeres que comenzaron las relaciones sexuales más temprano tuvieron mayor prevalencia de lesiones del cérvix uterino.
- Se recomienda la realización de estudios posteriores para determinar si los resultados obtenidos en el presente trabajo se pueden extrapolar a otras poblaciones similares de distintas regiones del país, evaluando estos y otros factores de riesgo (ITS, uso de anticonceptivos, parejas sexuales, etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. Arbyn M, Wiederpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(191-203) Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930482-6>).
2. Corella JE, Torres AK. Factores de Riesgo y Lesiones Premalignas de cuello uterino en mujeres con citología positiva atendidas en el Instituto del Cáncer – SOLCA (Cuenca). Período Enero – Diciembre 2014. Tesis de Grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. Report No.: Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25527/1/Factores%20de%20riesgo%20y%20Lesiones%20premalinas%20de%20cervix%202014.pdf>.
3. Torné AP. Patología premaligna. In González J, González J, González E, et al. *Ginecología*. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 416.
4. González MA. Tratamiento inmediato en pacientes con cribado combinado (citología y prueba de VPH) para cáncer de cuello uterino. Revisión narrativa. *Ginecol Obstet Mex*. 2019 Octubre; 87(10) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom1910k.pdf>).
5. Zhang C, Huang C, Zheng C, Pan D. Prevalence of human papillomavirus among Wenzhou women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *Infectious Agents and Cancer*. 2018 Noviembre; 13(37) Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13027-018-0211-8>).
6. Beavies AL, Gravitt P, Rosith AF. Hysterectomy-corrected cervical cancer mortality rates reveal a larger racial disparity in the United States. *Cancer*. 2017 Enero;(Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30507>).

7. Tewari KS, Monk BJ. Cáncer de cérvix infiltrante. In Disaia PJ, Creasman WT, Mannel RS, Mcmeekin DS, Mutch DG. Oncología ginecológica clínica. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 38-104.
8. Solca Quito. Día mundial de la lucha contra el cáncer de cuello uterino. Quito: Solca Quito. Report No.: Disponible en: <http://www.solcaquito.org.ec/inicio/noticias/174-dia-mundial-de-lucha-contr-el-cancer-de-cuello-uterino-2019>.
9. Tainio K, et al. Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2018 Febrero; 360 (Disponible en: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k499>).
10. Lee MH, Finlayson SJ, Gukoa K, et al. Outcomes of Conservative Management of High Grade Squamous Intraepithelial Lesions in Young Women. J Low Genit Tract Dis. 2018 Julio; 22(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023603/>).
11. Ramirez M CFGV. Incidencia y caracterización de pacientes con células escamosas atípicas de significado indeterminado.. Rev. Finlay. 2017; 7(4)).
12. Tjalma WA. HPV negative cervical cancers and primary HPV screening. Facts Views Vis Obgyn. 2018 Junio; 10(2) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516188/>).
13. Stewart L. Lesiones premalignas del cérvix uterino. In Disaia PJ, Creasman WT, Mannel RS, Mcmeekin DS, Mutch DG. Oncología ginecológica clínica. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 1-19.
14. Aimagambetova G, Azizan A. Epidemiology of HPV Infection and HPV-Related Cancers in Kazakhstan: a Review. Asian Pac J Cancer Prev. 2018; 19(5) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6031825/>).

15. Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador. Mortalidad por cáncer de cérvix en Guayaquil.. Mortalidad por cáncer de cérvix en Guayaquil. Guayaquil: Instituto Oncológico Nacional ; 2019. Report No.: Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/3%20Boletin%20epi%20Ca%20c%20C3%A9rvix%202019.pdf>.
16. Donkoh ET, Agyemang-Yeboah F, Asmah RH, et al. Prevalence of cervical cancer and pre-cancerous lesions among unscreened Women in Kumasi, Ghana. Medicine. 2019 Marzo; 98(13) Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/03290/Prevalence_of_cervical_cancer_and_pre_cancerous.4.aspx.
17. Mercado MR, Arean C, Gómez ML, Paniello I, Mallor F, Lozano MD. Influence of age in the prevalence of high-risk human papiloma virus in women with pre-neoplastic cervical lesions in Navarra, Spain. Rev Esp Salud Pública. 2017; 09(91) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28181989/>.
18. Henríquez HM, Ortega RS. Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP, atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero 2013-diciembre 2014. Tesis de Grado. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. Report No.: Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1485/1/41998.pdf>.
19. Ruiz JM, Picado EE. Incidencia de lesiones cervicales pre – malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014. Tesis de Grado. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. Report No.: Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/601/1/60511.pdf>.

20. Solís JG, Briones TI. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 56(2) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im182j.pdf>): p. 167-72.
21. Velázquez C, Kawabata A, Ríos CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. *Rev Salud Pública Parag.* 2018 Julio-Diciembre; 8(2) Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf>): p. 15-20.
22. Arango GM. Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015. Tesis de Grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2016. Report No.: Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/489/Arango_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
23. Hernández LF, Cardona JA. Lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas cérvico-uterinas en mujeres de un municipio de Antioquia, Colombia, 2014. *Med UIS.* 2016; 29(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v29n1/v29n1a04.pdf>): p. 29-36.
24. Calderón CA. Prevalencia de lesiones premalignas de cérvix asociadas con factores de riesgo, diagnosticadas mediante citología cervical en el Hospital General Docente de Calderón en el periodo enero- junio 2016. Tesis de Licenciatura. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2017. Report No.: Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11617/1/T-UCE-0006-012-2017.pdf>.



25. Salazar ZK. Prevalencia y factores de riesgo asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los Cantones de Cañar, Saraguro y Macas. Tesis de Grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017. Report No.: Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27296/1/TRABAJO%20DE%20TITULACI%C3%93N.pdf>.
26. Ashtarian H, et al. Knowledge about Cervical Cancer and Pap Smear and the Factors Influencing the Pap test Screening among Women. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2017 Abril; 5(2) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385241/>.
27. Marruffo B. Análisis de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz 2015. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015.
28. National Cancer Institute. Cervical Cancer Screening (PDQ®)–Patient Version. National Cancer Institute. Report No.: Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/cervical/patient/cervical-screening-pdq>.
29. Kumakech E, Andersson S, Wabinga H, et al. Cervical cancer risk perceptions, sexual risk behaviors and sexually transmitted infections among Bivalent Human Papillomavirus vaccinated and non-vaccinated young women in Uganda - 5 year follow up study. BMC Women's Health. 2017 Junio; 17(40) Disponible en: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0394-y>.
30. Roik E, Sharashova E, Kharkova O, et al. Sociodemographic characteristics, sexual behaviour and knowledge about cervical cancer prevention as risk factors for high-risk human papillomavirus infection in Arkhangelsk, North-West

- Russia. *International Journal of Circumpolar Health*. 2018 Julio; 77(Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2018.1498681>).
31. Xu J XZWLea. Human papillomaviruses 16 and 58 are distributed widely among women living in Shanghai, China, with high-grade, squamous intraepithelial lesions.. *Epidemiol Infect*. 2019; 147(42) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518836/>).
32. Wieland U PHKA. Human Papillomavirus and Immunosuppression. . *Current problems in dermatology*. 2015; 45(Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260915959_Human_Papillomavirus_and_Immunosuppression)).).
33. Ghebre RG GSXMCLSH. Cervical cancer control in HIV-infected women: Past, present and future. *Gynecol Oncol Rep*. 2017; 21(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5548335/>)).).
34. Hognas E, Kauppila A, Hinkula M, et al. Incidence of cancer among grand multiparous women in Finland with special focus on non-gynaecological cancers: A population-based cohort study. *Act. Oncolog*. 2016 Julio; 55(Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2015.1063775>).
35. Fang JH, Yu X, Zhang SH, Yang Y. Effect of smoking on high-grade cervical cancer in women on the basis of human papillomavirus infection studies. *Journ. of Canc. Reasearch. and Therap*. 2018; 14(8) Disponible en: <https://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2018;volume=14;issue=8;spage=184;epage=189;aulast=Fang>).
36. Ji LW, Jing C, Zhuang SL, et al. Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Septiembre; 98(36) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6738995/>).

37. Asthana S, Busa V, Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. *Europ. Journ. of Obst. Gyn.* 2020 Febrero; 247(Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30082-8/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30082-8/abstract)).
38. Cubie HA, Campbell C. Cervical cancer screening – The challenges of complete pathways of care in low-income countries: Focus on Malawi. *Sag. Journ.* 2020 Mayo; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1745506520914804>).
39. de Fouw M, Oosting RM, Rutgri A, et al. A systematic review and meta-analysis of thermal coagulation compared with cryotherapy to treat precancerous cervical lesions in low- and middle-income countries. *Intern. Journ. of Gyn. Obst.* 2019 Julio;(Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12904>).
40. Sánchez E. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. 2019; 4(11).
41. Teame H, Addissie A, Ayele , Hirpa D. Factors associated with cervical precancerous lesions among women screened for cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia: A case control study. 2018; 13(1).
42. De Vries H, Steenbergen R. The effect of ART on cervical cancer precursor lesions. 2018; 5(1).
43. Basu P, Taghavi K, Ying S, Mogri S, Joshi S. Management of cervical premalignant lesions. 2018; 42(2).
44. Peláez LC, Pinos J. Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis de Grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. Report No.:



Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/37111/1/MED173.pdf>.

45. Zapata C. Prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres en edad fértil. Laboratorio de Referencia Regional de Salud-Piura año 2015. Tesis de Especialista en Citología. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Tecnología Médica; 2018. Report No.: Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2248/ZAPATA%20ADRIANZEN%20CLODOMIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Cabrera JA, Cárdenas OJ, Campoverde M, Ortiz JI. Prevalencia de genotipos del papiloma virus humano en mujeres de la provincia del Azuay, Ecuador. Maskana. 2015 Diciembre; 6(1) Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/477/396>): p. 27-38.
47. Pabón WL, Peña AG, Pereira RC. Incidencia de lesiones precancerosas de cervix en mujeres de 20 a 49 años a través de citología en el municipio de San Cristobal, Cuscatlan de febrero a mayo 2018. Tesis de Grado. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina; 2018. Report No.: Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19179/1/Tesis%20con%20marco%20con%20graficas1%20editado%20final%2026-10-2018%20ultim.pdf>.
48. Quispe N, Aguilar KJ. Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica – 2016. Tesis de Grado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Report No.: Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1395/TP-UNH-OBST.00101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
49. Muangto T, Chanthasenanont A, Lertvutivivat S, Nanthakomon T, Pongroj paw D, Bhamarapratana K. Experience of combined liquid based cervical cytology



and high-risk HPV mRNA for cervical cancer Screening in Thammasat University Hospital. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(9): p. 4409-13.

50. Quispe M, Valencia C, Rodríguez A, Salazar P. Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015. Aporte Santiaguino. 2018 Enero-Junio; 11(1 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32911/as.2018.v11.n1.458>): p. 81-94.

CAPÍTULO VIII

8. ANEXOS

ANEXO NO. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Biológica Cronológica	Años cumplidos	-Menores de 18 años. -Entre 19 y 28 años. -Entre 29 y 38 años. -Entre 39 y 48 años. -Entre 49 y 58 años. -Mayores a 59 años
Etnia	Grupo al que pertenece una persona según aspectos biológicos y culturales	Biológica cultural	Historia clínica	- Mestiza - Blanca - Afrodescendiente - Indígena - Montubia
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Jurídica	Historia clínica	- Soltera - Casada - Unión libre. - Divorciada - Viuda
Nivel de Instrucción	Nivel de escolaridad alcanzado	Académica	Historia clínica	- Analfabeto - 1er Nivel - 2do Nivel - 3er Nivel
Inicio de vida sexual (IVS)	Edad a la que comenzó a tener relaciones sexuales	Biológica Cronológica	Años cumplidos	- antes de los 16 - 16 a 19 - 20 o más
Multiparidad	Cantidad de partos que ha tenido la paciente	Obstétrica	Número de partos	- Nulípara - 1 a 2 - 3 o más
Tamizaje	Frecuencia con que realiza el test citológico (PAP)	Ginecológica	Historia clínica	- Anual - 2 a 3 años - más de 3 años.



Presencia de lesiones premalignas -malignas	Presencia y tipo de lesión premaligna-maligna encontrada en la paciente	Temporal	Historia clínica	- No presentación - CIN 1 - CIN 2 - CIN 3 - LIEBG - LIEAG - ASCUS - CANCER
--	---	----------	------------------	---

ANEXO N°2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código _____

• **EDAD:** _____ años.

• **ETNIA**

1. Mestizo _____ 2. Blanco _____ 3. Afrodescendiente _____

4. Indígena _____ 5. Montubio _____

• **ESTADO CIVIL**

1. Soltera _____ 2. Casada _____ 3. Unión libre _____

4. Divorciada _____ 5. Viuda _____

• **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

1. Analfabeta _____ 2. 1er nivel _____ 3. 2do nivel _____ 4. 3er nivel _____

• **INICIO DE VIDA SEXUAL**

1. Antes de los 16 años _____ 2. 16 a 19 años _____ 3. 20 años más _____

• **MULTIPARIDAD**

1. Nulípara _____ 2. Uno o Dos hijos _____ 3. Tres hijos o más _____

• **TAMIZAJE**



1. Anual _____ 2. Cada 2 o 3 años _____ 3. Cada 4 años o más _____

• **PRESENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS**

1. No presenta _____

2. CIN 1 _____ 3. CIN 2 _____ 4. CIN 3 _____

5. LSIL _____ 6. HSIL _____ 7. ASCUS _____ 8. CANCER _____

_____ **Responsable** _____



ANEXO N° 3 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Cuenca, de 2020

Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz

Directora del Centro de Salud UNCOVIA

De nuestras consideraciones:

Nosotros, Grace Pierina Flores Valencia con C.I.: 080270086-4 y Francisco Javier Fuertes Escorza con C.I.: 1716130123, estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos de la manera más cordial nos permita la apertura de espacios y datos del Centro de Salud, ya que por motivos académicos de culminación de carrera realizamos la tesis de pregrado denominado: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD UNCOVIA. AÑOS 2018 Y 2019. CUENCA, 2020", dirigido por el Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza. Razón por la cual necesitamos información estadística, número de pacientes, y la revisión de las historias clínicas de las pacientes atendidos en consulta externa, en el período enero de 2018 a diciembre de 2019.

Por la favorable acogida a la presente, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos y deseamos éxitos en sus distinguidas funciones.

Saludos cordiales. Atentamente:

Grace Pierina Flores Valencia

C.I.: 080270086-4

Francisco Javier Fuertes Escorzas

C.I.: 1716130123

